



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**PSICOLOGÍA**

**“INTERVENCIÓN EN CRISIS DE SEGUNDO ORDEN CON TERAPIA  
RACIONAL EMOTIVA PARA HOMBRES QUE EJERCEN VIOLENCIA  
CONTRA SU PAREJA”**

**TRABAJO FINAL DE DIPLOMADO  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
PRESENTA**

**CASTAÑÓN VARGAS ESTRELLA DEL REFUGIO**



**TUTOR:** Lic. Jorge Arturo Manríque Urrutia

**COMITÉ:** Mtro. Edgar Pérez Ortega

Mtro. José Alberto Monroy Romero

Lic. Sara Guadalupe Unda Rojas

Lic. Ignacio Sandoval Ocaña



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **INDICE**

1

Introducción	1
Justificación	4
<b>Capítulo 1</b>	
1. Intervención en Crisis: Antecedentes	7
1.1 Intervención de Primer Orden	10
1.2 Intervención en Segundo Orden	11
1.2.1 Principios clínicos	12
1.2.2 CASIC	12
1.2.3 Funcionamiento CASIC previo a la crisis	14
1.2.4 Funcionamiento CASIC durante la crisis	15
<b>Capítulo 2</b>	
2. Violencia contra la Pareja	17
2.1 Sexo, Género y Estereotipos	18
2.2 Identidad Masculina	21
2.3 Tipología de los Maltratadores	23
2.4 Alteraciones psicológicas	26
<b>Capítulo 3</b>	
3. Tratamiento para hombres violentos	29
3.1 Componentes para el tratamiento	29
3.2 Terapia Racional Emotiva	31
3.2.1 Requisitos para el tratamiento	35
Conclusiones	38
<b>ANEXO</b>	
Taller: Propuesta en Intervención en Crisis de Segundo Orden con Terapia Racional Emotiva	41
Bibliografía	47

## INTRODUCCIÓN

Comprender la violencia ejercida por algunos hombres contra sus parejas no es fácil, la realidad actual de México y, otros países en nivel de desarrollo similares, la sitúa como uno de los más serios problemas de salud y bienestar de las mujeres y de las familias, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (2006) , 67 de cada 100 mujeres de 15 años y más han padecido algún incidente de violencia ya sea en su relación de pareja, o en los espacios comunitario, laboral, familiar o escolar.

Si bien en todas las parejas están presentes las diferencias, éstas no deben considerarse como sinónimo de violencia. Es más, los conflictos en sí mismos no son negativos, sino sucesos que se pueden presentar en cualquier relación, las respuestas a una situación de crisis dependen no sólo de cada persona, sino también, del fuerte componente social que interviene en el desarrollo del sujeto como la influencia institucional que ejerce la escuela, iglesia, justicia, sistema de salud, etc. sobre el mismo, así como el poder indudable de los valores culturales y sistema de creencias que profesa el individuo.

La familia no sólo es el primero sino también el más importante de los actores socializadores que acompaña al individuo a lo largo del ciclo vital, inculcándole valores de igualdad, afecto y cooperación o en su defecto, normalizando las reacciones violentas hasta aparecer como único registro de afrontamiento de las situaciones de la vida diaria.

El valor práctico que adquieren en la sociedad estos conceptos se materializan en expectativas estereotipadas de género que conducen a la mujer a asumir atributos y hasta capacidades, que la sitúan en un grado de dependencia afectiva frente al varón, característico de las víctimas que sufren maltrato por parte de sus parejas. O lo que es lo mismo, una dependencia afectiva que convierte a la mujer en una víctima potencial de maltrato. (Cantón, 2003)

Para abordar el concepto de género, hay que considerar que debe su nacimiento a la necesidad de comprender a hombres y mujeres fuera del contexto biológico basado en las diferencias sexuales y analizar a estos y estas a partir de las relaciones que se establecen en un escenario comunitario y social. El sexo por una parte, involucra una diferencia biológica. El género por otra, involucra una diferencia cultural. El sexo serían los aspectos biológicos, es decir "lo dado", y el género los factores culturales, es decir "lo construido".

Por lo tanto, utilizar la categoría género para referirse a los procesos de diferenciación, dominación y subordinación entre los hombres y las mujeres, permite comprender el proceso a través del que son conformados, y en él como se asumen los significados sociales del ser hombre y ser mujer.

Así, la masculinidad refiere a un conjunto de funciones, conductas, valores y atributos que forman parte del ser varón en un determinado tiempo, espacio y cultura. Se expresa principalmente a través del ser proveedor, protector y reproductor.

La masculinidad es una construcción social que expresa los valores del contexto. Sin embargo, pueden identificarse características de un modelo hegemónico. Generalmente éstas están asociadas a la búsqueda del poder y su ejercicio con quienes se consideran más débiles. (Barrios, 2003)

Los estudios topológicos sobre maltratadores han identificado diferentes categorías: Jacobson y Gottman (2001) menciona dos tipos: a) cobra y pitbull, para Holtworth-Munroe y Stuart, (1994) se dividen en: a) limitados al ámbito familiar; b) borderline/disfóricos; y c) violentos en general/antisociales y Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) describen: a) violentos sólo en el hogar; b) violentos en general; c) con déficit en las habilidades interpersonales; y c) los maltratadores sin control de impulsos. Estos agresores representarían un riesgo de violencia bajo, moderado y alto, respectivamente. A su vez, cada uno de estos tipos se corresponde con diferentes niveles de extensión, frecuencia y gravedad de la violencia ejercida, sin embargo cabe mencionar que, la violencia ejercida

por los varones, independientemente de la tipología a la que pertenezcan, tiene como eje la búsqueda del poder y el control y la necesidad de la subordinación de la mujer.

Los hombre que ejercen violencia contra sus parejas, aun si en una minoría presentan propiamente trastornos mentales, si en su mayoría muestran una presencia abundante de alteraciones psicológicas como son, la falta de control sobre la ira, dificultad en la expresión de emociones, distorsiones cognitivas sobre la mujer y la relación de pareja, déficit de habilidades de comunicación de solución de problemas y baja autoestima. (Echeburúa, Fernández-Montalvo, 1997)

Es importante destacar que tratar a un agresor no sólo es posible en muchos casos, sino necesario para poder romper el ciclo de la violencia en cualquiera de sus formas y evitar su reincidencia, el éxito del tratamiento está basado en dos puntos: que el maltratador tenga conciencia de serlo y que tenga una motivación para cambiar.

Por lo tanto, el tratamiento psicológico cognitivo conductual, y más específico, la Terapia racional emotiva, pondrá de manifiesto una reducción clara de las distorsiones cognitivas relacionadas con la violencia y las creencias de inferioridad sobre la mujer, así como en la disminución del nivel de ira y de hostilidad.

Al mismo tiempo, la Terapia racional emotiva, ayudara a restaurar el equilibrio emocional en la vida privada del sujeto, abasteciéndolos de métodos para pensar de forma más racional dándole un mayor nivel de comprensión sobre él mismo, los demás y el mundo, en general.

De esta manera, al ser una técnica activa, ofrecerá los instrumentos para enfrentar los problemas cotidianos con más recursos.

## **JUSTIFICACION**

La violencia familiar es un problema social de grandes dimensiones que afecta sistemáticamente a importantes sectores de la población en el mundo, especialmente a mujeres, niñas, niños, ancianas y ancianos. Sin embargo, esta violencia tiene una direccionalidad clara, en la mayoría de los casos la violencia es ejercida por hombres contra mujeres y niñas. La forma más frecuente de la violencia familiar es el abuso a las mujeres por la pareja.

Históricamente, los investigadores comenzaron a interesarse en el tema de la violencia familiar y se conectaron más rápidamente con el problema de las mujeres maltratadas. Sólo después se hizo evidente la necesidad de empezar a enfocar la problemática correlativa de los hombres violentos; así los primeros modelos sobre la violencia hacia las mujeres por parte de su pareja eran unicausales y consideraban que ésta tenía su origen en características individuales de las mujeres y/o de los varones. Posteriormente, se comenzaron a manejar explicaciones más amplias, incluyendo tanto teorías sociológicas (como la perspectiva de la violencia o el conflicto familiar o como la perspectiva feminista) como psicológicas (teoría del aprendizaje social, del intercambio, del estrés, etc.) (Villavicencio y Sebastián ,1999).

Actualmente los modelos multicausales han predominado para explicar esta problemática social considerándolo como un fenómeno complejo que sólo puede ser explicado a partir de la intervención de un conjunto de factores, incluyendo factores individuales, sociales y del contexto concreto de la pareja.

En México este tipo de violencia es un problema en alza y adquiere actualmente unas cifras alarmantes; a finales de 2006 el INEGI realizó la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2006), ésta, dio cuenta de la violencia de pareja y de otras formas de violencia contra la mujer y encontró que la violencia de pareja inicia por lo regular durante las relaciones de noviazgo, y en la mayoría de los casos continúa y se acentúa en la vida conyugal; en una proporción importante sigue manifestándose después

de terminada la relación violenta, con agresiones hacia la mujer por parte de la ex pareja. De acuerdo con esta investigación el 26% de las mujeres solteras y 35% de las casadas o unidas son víctimas de violencia de pareja. En tanto, cuatro de cada cinco de las mujeres separadas o divorciadas reportaron situaciones de violencia durante su unión, y 30% continuaron padeciéndola por parte de ex parejas, después de haber terminado su relación.

Corsi (1995), señala que de las múltiples causas de la violencia contra las mujeres en la pareja, se hallaría en primer lugar una concepción sexista de los agresores, estrechamente ligada a la exacerbación del modelo masculino tradicional. En este mismo sentido, se ha señalado que una de las causas más importantes de esta forma de violencia son las diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a estatus y poder.

Asimismo, los maltratadores pueden ser: personas machistas o misóginas; inestables emocionalmente y dependientes, que se vuelven peligrosos si la mujer corta la relación; adictos al alcohol o a las drogas, en donde la adicción actúa como un desinhibidor. (Dutton y Golant, 1997)

Si bien es cierto que los agresores presentan una tipología caracterológica, también se le ha identificado una doble cara, es decir, no coincide su imagen pública con la privada, las manifestaciones y conductas violentas que presenta en el ámbito conyugal, no se manifiestan en su vida social o laboral; por lo tanto es importante saber que el tratar a un agresor contra la pareja no significa considerarle no responsable de sus actos ya que muchos hombres violentos son responsables de sus conductas, pero presentan limitaciones psicológicas importantes en el control de los impulsos, pensamientos distorsionados sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer, en el abuso de alcohol, en su sistema de creencias, en las habilidades de comunicación y de solución de problemas, en el control de los celos, etc. Un tratamiento psicológico puede ser de utilidad para hacer frente a los déficits de estos hombres que, aún siendo responsables de sus actos, no cuentan, sin embargo, con las habilidades necesarias para controlar las actitudes violentas y resolver los problemas de pareja en la vida cotidiana (Echeburúa y Corral, 2002).

Socialmente, la importancia de un tratamiento psicológico a hombres violentos contra la pareja, es darles la oportunidad de cambiar su conducta, principalmente por la protección a las víctimas actuales y prevención de posibles víctimas futuras; así como para evitar la extensión de la violencia a los hijos.

## **CAPITULO 1**

### **1. INTERVENCION EN CRISIS**

#### **ANTECEDENTES**

La intervención en crisis se define como un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar sus efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida, más opciones vitales) se incremente.

Moos (1976), identifica cuatro influencias teóricas para la teoría de la crisis:

La primera es la de Charles Darwin sobre la evolución y adaptación de los animales a su ambiente. Las ideas de Darwin condujeron al desarrollo de la ecología humana, cuya hipótesis característica es que la comunidad humana es un mecanismo adaptativo esencial en la relación de la humanidad con su medio, explicando que el hecho de que todo ser humano debe o se adapta a cualquier situación.

Una segunda influencia se origina en la teoría psicológica que considera la realización y el desarrollo del ser humano de manera integral. Las preguntas básicas que se realizan conciernen a la motivación y al impulso, por tanto las preguntas van en esa dirección y éstas son: ¿qué mantiene activa a la gente y con qué fin? La idea de Freud de que la motivación es un intento por reducir la tensión fundamentada en los impulsos sexuales y agresivos fue desafiada años más tarde por teóricos como Carl Rogers (1961) y Abraham Maslow (1954), quienes hicieron énfasis en la realización y crecimiento positiva del hombre. Ambas teorías la psicodinámica y la humanista se complementan en relación a que el hombre obra por instinto, pero que al mismo tiempo el ser una persona con niveles de autorrealización, lo convierten en un ser que va alcanzar sus objetivos plenamente.

El enfoque de Erik Erickson (1968) acerca del ciclo vital del desarrollo proporcionó un tercera influencia capital para la teoría de la crisis; donde plantea resoluciones para cada etapa de crisis por las que las personas atraviesan, porque si sucediera lo contrario,

emocionalmente se quedarían situados en las primeras sin dar solución a las diferentes etapas de crisis, de tal manera que se convierten en personas enfermas o que no pueden responder socialmente al entorno.

La cuarta influencia se refiere a datos empíricos de observaciones en personas que atravesaron crisis importantes: desastres, enfermedades, muertes familiares, etc.

La intervención en crisis puede entenderse como una estrategia de intervención primaria, de intervención secundaria o de intervención terciaria.

1. Prevención primaria: intervenciones antes que las crisis ocurran, y las estrategias son por ejemplo la educación pública, la instrucción para desenvolverse lo mejor posible en situaciones críticas etc.
2. Prevención secundaria: la intervención ocurre inmediatamente después de la crisis, y sus dos estrategias básicas son: la primera ayuda psicológica, y luego la terapia en crisis.
3. Prevención terciaria: dura años después del suceso crítico. Psicoterapia a largo plazo, reentrenamiento, medicación, rehabilitación etc.

Definición de crisis:

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Las crisis ocurren en una serie de etapas:

1. Se eleva la tensión al comienzo por el impacto del suceso externo.
2. La tensión aumenta más porque no se puede enfrentar la nueva situación con la norma habitual de conducta.

3. Al incrementarse la tensión, se movilizan otros recursos que pueden desembocar en varios resultados: reducción de la amenaza externa, éxito en el enfrentamiento con la situación, redefinición del problema, etc.
4. Si nada de lo anterior ocurre, la tensión aumenta hasta provocar una grave desorganización emocional.

Una vez desencadenada la crisis, la persona puede pasar por varias etapas a partir de la presencia del evento de la cual ella emergió. Las reacciones psicológicas propias de este proceso, cabe la pena señalar, no representan un trastorno mental; por el contrario, son respuestas más o menos típicas, ante una amenaza a la vida física o psicológica.

Primera Etapa: reacción emocional de impacto. Incluye por ejemplo, llanto, gritos, lamentos, paralización, o estado de “sombi”.

Segunda Etapa: negación o bloqueo del impacto. La persona hace esfuerzos para evitar pensamientos que le recuerden su problema o actúa tal y como si el evento no hubiera pasado.

Esta estrategia es normal como uno de los primeros recursos para aliviar la tensión extrema. Personas poco entrenadas en momentos de crisis, pueden confundir la negación con fortaleza, así como hacer una interpretación errónea de la gravedad del evento.

Tercera Etapa: la fase de intrusión se caracteriza por la invasión de pensamientos e imágenes, que permiten la posibilidad, en algún momento, de encontrarle sentido a la experiencia. Puede presentarse como intentos de explicación, recuerdos o pesadillas sobre los que cuales no actúa nuestra voluntad. Comúnmente las personas la describen como: “aunque no quiera, todo me viene a la mente una y otra vez”.

Cuarta etapa: penetración. Constituye la fase en la cual se llega al proceso de identificar y expresar los sentimientos, pensamientos e imágenes de la experiencia de crisis.

Uno de los aspectos más importantes de esta fase se encuentra en el dominio cognitivo, es decir, se llega al momento en que las explicaciones pasadas carecen de sentido y se hace necesario buscar nuevas interpretaciones.

Quinta etapa: consumación. Es la última fase del período de crisis y es la que permite la integración de la experiencia dentro de la vida personal. Por tanto, son características de esta etapa: restauración del equilibrio, comprensión real y no errónea del problema, identificación de nuevas estrategias de enfrentamiento y cambios de conducta necesarios. Se establece, entonces, el potencial positivo de la situación de crisis.

Tomando en cuenta lo anterior, el proceso de intervención abarca dos fases: la Intervención de primer orden, o primera ayuda psicológica y la Intervención de segundo orden.

## **1.1 INTERVENCIÓN DE PRIMER ORDEN**

Etapas del período de crisis

Los cinco componentes de la intervención

- A. Realización del contacto psicológico: Se define este primer contacto como empatía o "sintonización" con los sentimientos de una persona durante una crisis. La tarea primaria es escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y como se comunica. Esto es, se debe invitar a la persona a hablar, escuchar atentamente el relato sobre lo que pasó y la reacción de la persona ante el acontecimiento, establecer lineamientos reflexivos cuando los sentimientos estén presentes de manera obvia. Existen varios objetivos para la realización del primer contacto psicológico. El primero es que la persona sienta que la escuchan, aceptan, entienden y apoyan, lo que a su vez conduce a una disminución en la intensidad de la ansiedad. El contacto psicológico sirve para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, pero en realidad se dirige a algo más que esto.

- B. Analizar las dimensiones del problema: La indagación se enfoca a tres áreas: pasado inmediato, presente y futuro inmediato. El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis. La indagación acerca de la situación presente implica las preguntas de "quién, qué, dónde, cuándo, cómo"; se requiere saber quién está implicado, qué pasó, cuándo, etc. El futuro inmediato se enfoca hacia cuáles son las eventuales dificultades para la persona y su familia.
- C. Sondear las posibles soluciones: Se refiere a la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después, identificadas de manera previa. Esto es llevar a la persona en crisis a generar alternativas, seguido de otras posibilidades. Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular.
- D. Asistir en la ejecución de pasos concretos: Involucra ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta, el objetivo es en realidad muy limitado: no es más que dar el mejor paso próximo, dada la situación. El interventor tomará una actitud facilitadora en la ayuda al paciente para tratar con la crisis.
- E. Seguimiento para verificar el progreso. Implica el extraer información y establecer un procedimiento que permite el seguimiento para verificar el progreso. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro cara a cara o por teléfono. El objetivo es ante todo completar el circuito de retroalimentación al determinar si se lograron o no las metas propuestas.

## **1.2 INTERVENCIÓN EN SEGUNDO ORDEN**

La intervención en crisis de segundo orden, se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y, en cambio, intenta ayudar al paciente a enfrentar sucesos de crisis de modo que pueda llegar a integrarla funcionalmente dentro de su estructura de vida, dejando al paciente dispuesto, en vez de indisposto, para enfrentar el futuro.

La intervención de segundo orden busca tomar al paciente desorganizado, para poder ayudarlo a reorganizarse hacia la salud y el crecimiento. (Slaikeu, 1988).

### **1.2.1 Principios clínicos**

Oportunidad: La terapia breve con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después del incidente puede tomar de 1 a 6 semanas. Puesto que la experiencia de crisis es un periodo de alto riesgo para la persona como para su familia, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso. El énfasis en la oportunidad se calcula para reducir el peligro y, al mismo tiempo, para capitalizar la motivación del paciente para hallar un nuevo planteamiento (lo mismo de actitud que conductual) para enfrentarse con las circunstancias de la vida.

Metas: ayudar a la persona a recuperar un nivel de funcionamiento equilibrado que tenía antes del incidente que precipitó la crisis o potencialmente creativo que le permita superar el momento crítico.

Valoración: Es importante que la valoración abarque tanto la fortaleza como la debilidad de cada una de los sistemas implicados en la crisis. La información acerca de qué está vulnerable en la vida de una persona se complementa con la información acerca de qué es aún funcional. Las fuerzas y recursos sociales pueden y deben utilizarse para ayudar a una persona a arreglárselas con la crisis. En este punto se hace imprescindible tener en cuenta el Perfil CASIC: Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognitivo. (Caplan, 1964)

### **1.2.2.CASIC**

Conductual:

Actividades y conductas manifiestas. Patrones de trabajo, interacción, descanso, ejercicio, dieta (hábitos de comida y bebida), comportamiento sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco; presencia de cualquiera de los siguientes: actos suicidas, homicidas o de agresión. Habilidades para resolver conflictos o salir de situaciones de gran tensión. Gama de conductas agradables (reforzantes) y desagradables (aversivas).

#### Afectiva:

Emociones sentidas con más frecuencia. Sentimientos acerca de cualquiera de los comportamientos citados arriba; presencia de ansiedad, ira, alegría, depresión, temor, etc; adecuación, distorsión o negación de los afectos a las circunstancias. ¿Se expresa o se ocultan los sentimientos?

#### Somática:

Funcionamiento físico general, salud, enfermedades relevantes actuales y pasadas. Sensaciones placenteras o dolorosas experimentadas. Influencia del consumo de sustancias y alimentos. Presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales y cualquier otro trastorno somático; el estado general de relajación/tensión; sensibilidad de la visión, el tacto, el gusto, la percepción y el oído.

#### Interpersonal:

Naturaleza (asertiva o conflictiva) de las relaciones con otras personas: la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de escuela o trabajo; identificación de síntoma sistémico; fortalezas y problemas interpersonales, número de amigos, frecuencia del contacto con ellos y con los conocidos; Habilidades sociales, papel asumido con los distintos amigos íntimos (pasivo, independiente, líder, como un igual); estilo de la resolución de conflictos (asertivo, agresivo, aislado); estilo interpersonal básico (congeniante, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso, dependiente)

#### Cognoscitiva:

Manera de dormir y sueños diurnos y nocturnos usuales; representaciones mentales distorsionada acerca del pasado o el futuro; autoimagen; metas vitales y las razones para su validez; creencias religiosas; filosofía de la vida; presencia de cualquiera de los siguientes pensamientos: catastrofización, sobregeneralización, delirios, alucinaciones, hablarse a sí mismo de manera irracional, racionalizaciones, idealización paranoide; actitud general (positiva/negativa) hacia la vida. Expectativas sobre la terapia y atribuciones de cambio. Recuerdos, ideas e imágenes incomoda recurrentes.

### **1.2.3 Funcionamiento CASIC previo a la crisis**

Una breve historia acerca del desarrollo es necesaria, a fin de apreciar de modo completo la desorganización y el desequilibrio que sigue a un incidente precipitante particular.

La valoración de funcionamiento CASIC de la persona, inmediatamente anterior a la crisis incluye el énfasis en lo siguiente:

1. Los medios anteriores para enfrentar y resolver problemas
2. Los recursos personales y sociales más patentes
3. Las fortalezas y debilidades más notables en el funcionamiento CASIC
4. Conflictos irresueltos o asuntos inconclusos que pudieran reactivarse por el incidente
5. Relativa satisfacción o insatisfacción con la vida
6. La etapa del desarrollo previa a la crisis
7. Excedentes y carencias en cualquiera de las áreas de funcionamiento CASIC
8. Metas y estructuras vitales para lograr objetivos
9. Bondad del ajuste entre el estilo de vida y los suprasistemas familia, grupos sociales, la comunidad, la sociedad, instituciones
10. Otras tensiones anteriores al incidente

Los supuestos personales son la forma en que la persona da sentido y significado a su experiencia pasada, actual y expectativas futuras. Estos supuestos personales permanecen "inactivos o dormidos" a lo largo del tiempo en la memoria, y ante determinadas situaciones desencadenantes (una enfermedad física, un acontecimiento importante en la vida personal) se "activan o despiertan" y actúan a través de situaciones concretas produciendo a menudo determinados errores del pensamiento (distorsiones cognitivas) que a su vez se relacionan recíprocamente con determinados estados emocionales y conductas.

Las distorsiones cognitivas se expresan a través de las cogniciones de las personas (pensamientos e imágenes conscientes y preconscientes) que aparecen en las situaciones donde hay una intensa alteración emocional (ansiedad, rabia o depresión) y trastornos de

conducta (conducta de escape fóbica o problemas de relación de pareja). A estas cogniciones se les denominan "pensamientos automáticos". (Beck, 1995)

### **1.2.4 Funcionamiento CASIC durante la crisis**

El principal objetivo aquí es determinar (evaluar) el impacto del incidente precipitante en las cinco áreas del funcionamiento CASIC del individuo:

Conductual:

1. ¿Cuáles actividades (acudir al trabajo, a la escuela, dormir, comer y así sucesivamente) han sido las más afectadas por el incidente de crisis?
2. ¿Cuáles áreas no han sido afectadas por la crisis?
3. ¿Cuáles conductas se han incrementado, fortalecido o dañado por la crisis?
4. ¿Cuáles estrategias de afrontamiento se han intentado, y cual fue el relativo éxito/fracaso de cada uno

Afectiva:

1. ¿Cómo se siente la persona con las secuelas del incidente de crisis? ¿Airado? ¿Triste? ¿Deprimido? ¿Aturdido?
2. ¿Se expresan libremente los sentimientos o se mantienen ocultos? ¿Los sentimientos expresados son los adecuados en el manejo de la persona?
3. ¿El estado afectivo da algunas claves como para la etapa de translaboración de las crisis?

Somática:

1. ¿Existen molestias físicas asociados con el incidente de crisis? ¿Es esto una reactivación de problemas anteriores o es algo "totalmente nuevo"?
2. Si la crisis proviene de una pérdida física (pérdida de un miembro corporal, cirugía, enfermedad), ¿Cual es la naturaleza exacta de la pérdida, y cuáles son los efectos de ésta sobre otros funcionamientos del organismo?

3. ¿Hay antecedentes de uso de drogas o sustancias que participan en el estado de crisis? ¿Requiere medicación alguna?

Interpersonal:

1. ¿El impacto de la crisis de la persona sobre el inmediato mundo social de la familia y los amigos resulta adaptativo o se encuentra en franca desadaptación?
2. ¿Es posible hacer uso de la red y de los sistemas sociales de ayuda?
3. Valorar la ayuda disponible de la familia o los amigos
4. ¿Cuál es la actitud interpersonal que se adopta durante el tiempo de la crisis, por ejemplo, aislamiento, dependencia, etc.?

Cognoscitiva:

1. Las expectativas o metas vitales perturbadas por el incidente de crisis
2. Las reflexiones o pensamientos introspectivos usuales
3. El significado del incidente precipitante en la parcialidad y totalidad de la vida
4. Presencia de los "debería", tales como "yo debería haber sido capaz de manejar esto"
5. Patrones ilógicos de pensamiento acerca de resultados inevitables
6. Los patrones usuales para hablarse a sí mismo
7. El estado del dormir
8. Imágenes de una fatalidad inminente
9. Fantasías destructivas

## **CAPITULO 2**

### **1. VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA**

Según la declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la Violencia contra la Mujer, en su artículo 1; la violencia contra las mujeres es todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública o privada.

La Violencia contra la Pareja es entendida como un conjunto de distintos tipos de comportamientos violentos, actitudes, sentimientos, prácticas, vivencias y estilos de relación entre miembros de una pareja (o ex pareja) íntima que produce daños, malestar y pérdidas personales graves a la víctima. La violencia contra la pareja no es sólo un sinónimo de agresión física sobre la pareja, es un patrón de conductas violentas y coercitivas que incluye los actos de violencia física contra la pareja pero también el maltrato y abuso psicológico, las agresiones sexuales, el aislamiento y control social, el acoso sistemático y amenazante, la intimidación, la humillación, la extorsión económica y las amenazas más diversas.

Todas estas actividades, que se pueden extender en el tiempo de forma crónica, tienen como finalidad someter a la víctima al poder y control del agresor. Por lo general la Violencia contra la Pareja es recurrente y repetitiva. En algunos casos sigue un proceso de escalada de la frecuencia y gravedad que produce graves daños y secuelas a la víctima y que incluso pueden llegar a causar la muerte. En cualquier caso siempre afectan al bienestar y la salud de la víctima y de su entorno inmediato.

La Organización Mundial de la Salud (2005), indica, que la violencia más habitual en la vida de las mujeres es la ejercida por la pareja, superando el índice de aquellas agresiones o violaciones consumadas por extraños o meros conocidos. Además, proporciona una

minuciosa descripción sobre las gravísimas consecuencias para la salud física, emocional y relacional de las mujeres.

Entonces, se entiende por pareja, concretamente “pareja sentimental o íntima”, a la formada por dos personas, sean hombre o mujer mayores de edad o adolescentes, que tienen o hayan tenido relaciones íntimas consentidas entre sí a lo largo de un periodo mínimo de varias semanas, hayan convivido o no de forma continuada en el mismo domicilio. Por tanto esta definición incluye parejas de esposos y ex esposos, novios o ex-novios y también parejas íntimas más esporádicas. En este último caso y a juicio del profesional, siempre se debe contemplar que ha existido una relación sentimental consentida más o menos duradera. Esta categoría no necesariamente implica que convivan o hayan convivido juntos formando una familia o en el mismo domicilio.

## **2.1 SEXO, GÉNERO Y ESTEREOTIPOS**

Sexo es entendido como el conjunto de diferencias físicas y fisiológicas que distinguen a las hembras de los machos, y en la especie humana, a las mujeres de los hombres. El sexo está determinado genéticamente e incluye aspectos tales como los genes, la fórmula cromosómica, las gónadas (testículos u ovarios), los órganos sexuales externos e internos pélvicos, los niveles hormonales, los caracteres sexuales secundarios y el dimorfismo sexo cerebral (funciones diferenciadas del sistema nervioso central). (Barrios, 2003)

El género es la expresión del sistema de relaciones culturales entre los sexos. Es una construcción simbólica de cada sociedad sobre los aspectos biológicos de la diferencia sexual. Se constituye así, en una dimensión básica de la vida social que determina las expresiones, los significados, los símbolos, las tareas y los espacios sociales para cada sexo, construida a partir de la diferencia sexual. El género como resultado de la producción de normas culturales sobre el comportamiento de los hombres y las mujeres, está mediado por la interacción del conjunto de instituciones económicas, sociales, políticas y religiosas, en toda su complejidad.

El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género, en una forma primaria de relaciones significantes de poder. Utilizar la categoría género para referirse a los procesos de diferenciación, dominación y subordinación entre los hombres y las mujeres, nos permite comprender el proceso a través del que somos conformados, y en el cómo asumimos los significados sociales del ser hombre y ser mujer. (Careaga, 2002)

Ser hombre o ser mujer, es resultado de todo un proceso psicológico, social y cultural a través del cual cada individuo se asume como perteneciente a un género, en función de lo que cada cultura establece. Es decir, a través de un proceso de socialización permanente, cada persona incorpora el contenido de las normas, reglas, expectativas y cosmovisiones que existen alrededor de su sexo. En este sentido como ya se mencionó, cada cultura define, establece, da forma y sentido a un conjunto de ideas, creencias y valoraciones sobre el significado que tiene el ser hombre y el ser mujer, delimitando los comportamientos, las características e incluso los pensamientos y emociones que son adecuados para cada ser humano, con base a esta red de estereotipos o ideas consensuadas. A través de sus premisas, cada cultura entreteje las creencias relacionadas con el papel que hombres y que mujeres juegan en la sociedad, dando lugar a los estereotipos de género. (Díaz- Guerrero, 1972)

Los estereotipos parecen inamovibles y delimitan el conjunto de creencias y prescripciones sobre el significado que tiene ser hombre y ser mujer en una cultura determinada. Es decir, se configuran a partir del significado que es otorgado ante la diferenciación sexual en los seres humanos.

De acuerdo con algunas investigaciones, los estereotipos de género tienen un carácter prescriptivo en el sentido de que determinan lo que debería ser la conducta de mujeres y de hombres, pero a su vez tienen un carácter descriptivo en el sentido de asumir que hombres y mujeres poseen características de personalidad diferenciales. A su vez, estas prescripciones y parámetros sobre los hombres y las mujeres se vinculan innegablemente a las ampliamente estudiadas dimensiones de la masculinidad y la femineidad, las cuales de manera global establecen la existencia de dos mundos diferentes, el mundo de lo masculino

versus el mundo de lo femenino. (Spence y Helmreich 1974; Spence, 1993; Díaz-Loving, Rivera y Sánchez, 2001)

Partiendo de que los estereotipos de género están ligados a la masculinidad y la feminidad, al menos en la cultura mexicana se encuentra que la visión del hombre está ligada al prototipo del rol instrumental, que se traduce en las actividades productivas, encaminadas a la manutención y provisión de la familia, caracterizándose por ser autónomo, orientado al logro, fuerte, exitoso y proveedor, en tanto la visión de la mujer se vincula a las actividades afectivas encaminadas al cuidado de los hijos, del hogar y de la pareja, así como a la posesión de características tales como la sumisión, la abnegación y la dependencia (Rocha, 2000).

De hecho, autores como Díaz-Guerrero (1972), han dejado en claro, a través de diversas investigaciones, la idea de que en la cultura mexicana predomina la supremacía del hombre sobre la mujer, siendo incuestionable y con absoluto poder, en tanto la madre es el ejemplo de sacrificio. Las investigaciones a través de más de cuarenta años de este autor, destacan las modificaciones paulatinas que se han experimentado, si no en todos los ámbitos, al menos en aquellos que competen a la visión del hombre como dominante y la mujer como sumisa.

Así mismo; María Asunción Lara (1990), sostiene que en un estudio realizado en una zona rural de México los cinco atributos adjudicados con mas frecuencia a los hombres son: rudo, no le gusta arriesgarse, dispuesto a mantener su postura, agresivo y dominante. (Barrios, 2003)

## 2.2 IDENTIDAD MASCULINA

El autoconcepto de masculinidad es un proceso de construcción psicológica que se va modelando a partir de tres fuentes: “cómo percibo que soy; cómo percibo a los demás con respecto a mí y cómo perciben los demás que soy”.

Estas fuentes de la masculinidad se influyen de manera recíproca y son dinámicas a lo largo de la vida de la persona. Cada hombre tiene que esforzarse en dar hacia el exterior una imagen de total hombría que no admite puntos medios: se es o no se es hombre.

La masculinidad deriva del patriarcado en su implicación más burda: el machismo, también representa un equipo de protección psicológico que ayuda insuficientemente a los hombres a sobrellevar el desgaste emocional que supone la cancelación de la expresión de los sentimientos. Esta proyección psicológica les permite desempeñar un papel consabido para salir airoso ante las distintas fases de la existencia, pues no desarrollar ese papel prescrito, implicaría ser rechazados del grupo social de referencia (otros hombres) y también por las mujeres que no los considerarían “completamente hombres”. (Barrios, 2003)

La Identidad es entendida como el modo de identificar el propio sí mismo y el de los otros, es un constructo teórico que permite comprender una serie de modalidades cognitivas, afectivas, comportamentales y vinculares que son propias de una persona y las diferencian de las demás.

Para Corsi (1995) la identidad masculina se construye sobre la base de dos procesos psicológicos simultáneos y complementarios, por un lado el hiperdesarrollo del yo exterior (hacer, lograr, actuar); y la represión de la esfera emocional; así, para poder mantener el equilibrio entre estos dos procesos, el hombre necesita ejercer un permanente autocontrol que regule la exteriorización de sentimientos tales como el dolor, la tristeza, placer, el temor, el amor, etc. como una forma de preservar su identidad masculina.

De acuerdo con Badinter (1993), es más fácil hacer una mujer que un hombre; de acuerdo al autor, a diferencia de la mujer que es, el hombre ha de hacerse. Desde su concepción, el embrión masculino lucha para no ser femenino. Nacido de una mujer, el niño macho, al contrario de lo que le sucede a la hembra, se ve condenado a marcar diferencias durante la mayor parte de su vida. Para hacer valer su condición masculina deberá convencerse y convencer a los demás de tres cosas: "que no es una mujer, que no es un bebé y que no es homosexual".

Sólo si puede separarse sin problemas de la feminidad y de la "hembraidad" de su madre, el niño será capaz de desarrollar "esa identidad de género que se denomina masculinidad".

Corsi describe dos tipos de hombre, el hombre duro y el hombre inmaduro:

El hombre duro es resultante del fallido intento de diferenciarse de lo femenino exhibirá un repertorio de conductas estereotipadas; la represión de las emociones y sentimientos percibidos como femeninos provocara una sobrecarga permanente de su actividad psíquica.

La evitación de la intimidad y la búsqueda de estímulos externos le impiden experimentar placer, al que reemplaza por la satisfacción frente a los logros que demuestren su potencia y su autoridad. La necesidad permanente de afirmar su poder lo lleva muchas veces a usar la violencia como modo de resolver conflictos.

Contrario a esto, la ruptura con lo femenino no se logra ya que estos hombres no pueden prescindir de otro femenino con el cual ejercer su rol dominante.

Por otro lado, el hombre inmaduro presenta poca tolerancia a la frustración y espera que las mujeres se pongan a su servicio, para lograrlo entabla vínculos afectivos con relativa facilidad. La dificultad mayor para estos hombres es sostener una relación estable y duradera, ya que esto implica compromiso y responsabilidad que no están dispuestos a asumir. Necesitan mujeres serviciales que atiendan sus necesidades que estén siempre pendientes de ellos.

Desde un lugar opuesto al del hombre duro, estos hombres también pueden recurrir a la violencia cuando las cosas no ocurren de acuerdo a sus deseos, o cuando la mujer frustra algunas de sus expectativas.

### **2.3 TIPOLOGÍA DE LOS MALTRATADORES**

La violencia contra la pareja representa un grave problema social, tanto por su alta incidencia en la población como por las graves consecuencias que produce en las víctimas.

Los agresores contra la mujer no responden a un perfil homogéneo, como lo prueban las diferentes tipologías que se han realizado en diversas investigaciones. En la actualidad se cuenta con múltiples estudios topológicos realizados desde diferentes perspectivas que, en general, tienen muchos puntos en común.

Clasificación de Jacobson y Gottman. (2001)

En esta clasificación, se proponen dos tipos de maltratadores en función de su respuesta cardíaca diferencial ante una discusión de pareja.

1. Tipo 1 (cobra). Son aquellos hombres violentos que ante una discusión de pareja muestran un descenso en su frecuencia cardíaca y que exteriorizan mucha agresividad y desprecio hacia la víctima. Asimismo, se comportan violentamente con otro tipo de personas (amigos, desconocidos, compañeros de trabajo, etc.). Desde una perspectiva psicopatológica, suelen mostrar características antisociales y agresivo-sádicas, así como una mayor probabilidad de drogodependencia.
2. Tipo 2 (pitbull). Son aquellos hombres violentos que presentan un aumento en su frecuencia cardíaca ante una discusión de pareja. Desde una perspectiva psicopatológica tienden a mostrar trastornos de personalidad por evitación y borderline, características pasivo-agresivas, ira crónica y un estilo de apego inseguro.

En el primer caso se ejerce una violencia instrumental, es decir, la conducta agresiva es planificada, expresa un grado profundo de insatisfacción y no genera sentimientos de culpa; en el segundo, por el contrario, se trata de una violencia impulsiva, caracterizada por una conducta modulada por la ira y que refleja dificultades en el control de los impulsos o en la expresión de los afectos.

#### Clasificación de Holtzworth-Munroe y Stuart (1994)

Esta topología se centra en tres tipos de agresores:

1. Maltratadores limitados al ámbito familiar (sobrecontrolados). Estos sujetos son violentos fundamentalmente en el ámbito familiar (contra su pareja e hijos), su violencia es de menor frecuencia y gravedad que en los grupos restantes, y es menos probable que agredan sexualmente a su pareja. Pueden aparecer rasgos de personalidad pasiva, dependiente y obsesiva. Por otra parte, son personas que suelen arrepentirse después de un episodio violento y reprueban el uso de la violencia.
2. Maltratadores borderline-disfóricos (impulsivos). Estos sujetos suelen ser violentos física, psicológica y sexualmente, y muestran una violencia de intensidad media o alta dirigida habitualmente contra su pareja y otros miembros de la familia (a veces pueden ser violentos fuera del ámbito familiar). Son los que presentan mayores problemas psicológicos, tales como impulsividad, inestabilidad emocional e irascibilidad; además oscilan rápidamente del control al enfado extremo, lo cual encaja frecuentemente con el trastorno de personalidad borderline.
3. Maltratadores violentos en general-antisociales (instrumentales). Este grupo se hace un uso instrumental de la violencia física y psicológica, que se manifiesta de forma generalizada (no limitada al hogar) como una estrategia de afrontamiento para conseguir lo deseado y superar las frustraciones. Mientras que el agresor impulsivo actúa con violencia como respuesta a una tensión interna acumulada, el instrumental

(antisocial) utiliza la violencia de modo frío para obtener objetivos específicos. Asimismo muestran actitudes que justifican el uso de la violencia interpersonal.

Para Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997), los hombres violentos se pueden establecer en función de la extensión de la violencia o por el perfil psicopatológico presentado.

1. Violentos sólo en el hogar. Se trata de personas que en casa ejercen un nivel de maltrato grave, pero que en la calle adoptan conductas sociales adecuadas. En estos casos las frustraciones cotidianas fuera de casa, así como el abuso de alcohol, los celos patológicos, contribuyen a desencadenar episodios de violencia dentro del hogar.
2. Los violentos en general: en estas personas son frecuentes las experiencias de maltrato en la infancia, son personas agresivas tanto en casa como en la calle y cuentan con muchas ideas distorsionadas sobre la utilización de la violencia como forma aceptable de solucionar los problemas.
3. Con déficit en las habilidades interpersonales: son hombres que no han aprendido habilidades adecuadas para las relaciones interpersonales debido a carencias habidas en el proceso de socialización. El recurso de la violencia suple la ausencia de otro tipo de estrategias de solución de problemas.
4. Los maltratadores sin control de impulsos: son personas que tienen episodios bruscos e inesperados de descontrol con la ira. Si bien presentan unas habilidades sociales más adecuadas y son más conscientes de que la violencia no es una forma aceptable de resolver los conflictos, se muestran incapaces de controlar los episodios violentos, que surgen en forma de un trastorno explosivo intermitente.

## 2.4 ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

Las alteraciones psicológicas pueden ser muy variables pero, de una forma u otra, y a diferencia de los trastornos mentales, están presentes en todos los casos.

a) Falta de control sobre la ira: Los maltratadores se caracterizan por la impulsividad, la pérdida de control sobre la ira y, frecuentemente, por una tendencia agresiva generalizada. Se puede hablar de una ira desbordada cuando se dirige de forma desmedida a otros seres humanos, cuando produce consecuencias muy negativas para el bienestar de los demás y de uno mismo e incluso cuando aparece ante estímulos irrelevantes.

La ira viene acompañada de ciertos gestos físicos, como fruncir el ceño, apretar los dientes, sentirse acalorado (hervir la sangre), cerrar los puños o hincharse la yugular (Tobeña, 2001).

En estos casos la ira es una respuesta a una situación de malestar (por ejemplo, de estrés en el trabajo o de insatisfacción consigo mismo) o una forma inadecuada de hacer frente a los problemas cotidianos (dificultades en la relación de pareja, control del dinero, problemas en la educación de los hijos, enfermedades crónicas, etcétera), (Echeburúa, Fernández-Montalvo, 1997).

b) Dificultades en la expresión de las emociones: Las dificultades de expresión emocional están en el origen de muchos conflictos violentos en el hogar. Muchos hombres han aprendido a no expresar sus sentimientos porque éstos son fuente de debilidad y el hombre debe ser fuerte y a no interpretar adecuadamente los sentimientos de su pareja. Los hombres violentos, sobre todo cuando cuentan con una baja autoestima, tienden a percibir las situaciones como amenazantes.

De este modo, la inhibición de los sentimientos y esta percepción distorsionada de la realidad pueden conducir a conflictos que, al no saber resolverse de otra manera, se expresan de forma violenta. Pero esta situación lleva a un círculo vicioso: la reiteración de la violencia no hace sino empeorar la baja autoestima del agresor (Dutton y Golant, 1997).

El aislamiento social y, sobre todo, emocional es un factor que aparece con frecuencia en muchos hombres violentos. Al margen del mayor o menor número de relaciones sociales habitualmente menor, lo más característico es la dificultad para establecer relaciones de intimidad o de amistad profunda, lo cual es un reflejo del analfabetismo emocional que les caracteriza (Jacobson, y Gottman, 2001).

c) Distorsiones cognitivas sobre la mujer y la relación de pareja: Los hombres maltratadores suelen estar afectados por numerosos sesgos cognitivos, relacionados, por una parte, con creencias equivocadas sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer y, por otra, con ideas distorsionadas sobre la legitimación de la violencia como forma de resolver los conflictos.

Es decir, lo importante es la concepción de la mujer como propiedad, como una persona que debe ser sumisa y a la que se debe controlar y la creencia en la violencia como una estrategia adecuada de solucionar problemas. Todo ello viene aderezado con una desconfianza y una actitud de hostilidad ante las mujeres.

Además, tienden a emplear diferentes estrategias de afrontamiento para eludir la responsabilidad de sus conductas violentas, como la negación u olvido del problema (ni me acuerdo de lo que hice; yo no he hecho nada de lo que ella dice) o bien su minimización o justificación (los dos nos hemos faltado al respeto). Asimismo, y por este mismo motivo, tienden a atribuir la responsabilidad del maltrato a la mujer (fue ella la que me provocó; es ella la que tiene que cambiar), a factores personales (soy muy nervioso y ahora estoy pasando una mala racha) o a factores externos (los problemas del trabajo me hacen perder el control; había bebido bastante y al llegar a casa no pude controlarme) (Echeburúa y Corral, 2002).

d) Déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas: Desde la perspectiva de las relaciones interpersonales, los maltratadores tienden a presentar unas habilidades de comunicación muy pobres y una baja tolerancia a la frustración, así como

estrategias inadecuadas para solucionar los problemas. Todo ello contribuye a que en muchas ocasiones los conflictos y los sinsabores cotidianos de estas personas, que no tienen por qué ser mayores de lo habitual, generen un estrés permanente y actúen como desencadenantes de los episodios violentos contra la pareja.

e) Baja autoestima: La violencia puede ser una forma desesperada de intentar conseguir una estima que no se logra por otros medios. Se trata de personas inseguras, desvalidas, que están obsesionadas con controlar a su pareja y que, aun no siempre deseándolo, se convierten en agresivas y en mezquinas.

Así, y al margen de los pretextos para la violencia contra la mujer (tener la casa sucia, no haber acostado aún a los niños, no tener la comida lista, no estar en casa cuando él ha llegado, etcétera), los maltratadores, al carecer de una autoestima adecuada, se muestran muy sensibles a lo que perciben como una afrenta a su dignidad: haberles llevado la contraria, haberles quitado autoridad delante de los hijos o de otras personas, mostrar una forma de pensar incorrecta, etcétera. Es decir, la violencia doméstica es una violencia por compensación: el agresor intenta superar sus frustraciones con quien tiene más a mano y no le va a responder. (Echeburúa y Corral, 2002)

## CAPITULO 3

### 2 TRATAMIENTO PARA HOMBRES VIOLENTOS

El tratamiento psicológico a los hombres que ejercen violencia contra sus parejas, es una actuación necesaria, tratar a un agresor no significa considerarle no responsable, muchos hombres violentos con sus parejas como ya se ha tratado anteriormente son responsables de sus conductas, pero presentan limitaciones psicológicas importantes en el control de los impulsos, en su sistema de creencias, en las habilidades de comunicación y de solución de problemas, etcétera (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

Tratar al agresor es una forma de impedir que la violencia, más allá de la víctima, se extienda a los otros miembros del hogar (niños y ancianos), así como, el carácter crónico de la violencia contra la mujer, ya que se trata de una conducta sobreaprendida por parte del maltratador, que está consolidada en su repertorio de conductas por los beneficios logrados: obtención de la sumisión de la mujer, sensación de poder, etcétera (Dutton y Golant, 1997).

Si se produce una separación o divorcio y el hombre violento se vuelve a emparejar, se puede predecir que va a haber, una repetición de las conductas de maltrato con la nueva pareja. Por ello, la prevención de futuras víctimas también hace aconsejable el tratamiento psicológico del agresor desde una perspectiva preventiva, pues, en la medida en que disminuya el número de hombres violentos en el hogar, también lo hará la violencia futura.

Se trata, en definitiva, de interrumpir la cadena de transmisión intergeneracional y el aprendizaje observacional por parte de los hijos (Echeburúa y Corral, 2002).

#### 3.1 Componentes para el tratamiento

Cuando un hombre ejerce violencia sobre la mujer, ya sea física, psicológica, sexual o combinada, permanecen activas en el agresor dimensiones de su triple sistema de respuesta: una dimensión cognitiva, una dimensión fisiológica-emocional y otra conductual. Esta

triada dimensional configura todo comportamiento violento y cualquier tratamiento debe incorporar herramientas destinadas a su desactivación. Además, a esta triada terapéutica hay que agregar el componente educativo destinado a anular el eje ideológico sexista.

Dentro de la evaluación deben establecerse criterios que en este caso serán, la atención de la conducta violenta y la adquisición de comportamientos de respeto e igualdad en la forma de relacionarse con las mujeres (componente educativo).

El componente educativo debe tener como objetivo identificar el problema y sintonizar el foco de responsabilidad, de manera que el hombre violento se haga cargo del problema y acepte adecuadamente los parámetros de trabajo. Además este componente debe incluir la administración de información sobre la naturaleza de la violencia, en general, y la violencia masculina hacia la mujer, en particular, como opción de comportamiento de imposición masculina sobre la mujer.

El componente cognitivo estará destinado a desactivar el modelo mental que sustenta el comportamiento masculino hacia la mujer y logre el desempoderamiento del poder abusivo del maltratador. Incluirá herramientas de psicología cognitivo conductual destinadas a trabajar sobre las ideas irracionales del maltratador.

Los componentes fisiológico- emocional, ira dirigido a entender y modificar las asociaciones emocionales ligadas al modelo mental del hombre violento y destinadas a engarzarlo en el comportamiento violento. En esta línea se considera la emoción de la ira.

El componente conductual estará dedicado a modificar todos los patrones elaborados por el hombre violento para aplicar sus tácticas de agresión. .

## **1.2 TERAPIA RACIONAL EMOTIVA**

La Terapia Racional Emotiva es un tipo de psicoterapia activa-directiva en que el terapeuta lleva al paciente a identificar el origen filosófico de sus problemas psicológicos, demostrándole que pueden afrontarse y que se pueden cambiar sus actitudes irracionales perturbadoras.

La teoría A-B-C

Esta teoría de la personalidad y del cambio de personalidad, acepta la importancia de las emociones y de las conductas, pero pone un énfasis especial en el papel de las cogniciones, es decir, de las creencias, pensamientos e imágenes mentales.

La esencia de la TRE parte del modelo **A-B-C-D-E**. **A** se refiere a cierto suceso real y extenso al que el individuo se expone. **B** se refiere a la cadena de pensamientos (autoverbalizaciones) que utiliza como respuesta a **A**. **C** simboliza las emociones y conductas que son consecuencias de **B**. **D** se refiere a los esfuerzos del terapeuta para modificar lo que ocurre en **B**; y **E** para las consecuencias emocionales y conductuales presumiblemente benéficas. (Rimm y Masters, 1984)

Siguiendo el modelo, lo importante no sería tanto modificar el acontecimiento externo (a menudo no es posible a otros a volver con uno), ni medicar a la persona para no estar alterada en sus consecuencias, sino hacerle consciente de sus autodialógo internos autodestructivos e "irracionales", y que ella misma, mediante la terapia, aprenda a modificarlos hacia maneras más racionales y funcionales de asimilar esa experiencia.

Para Ellis (1981), cualquier perturbación emocional estará relacionada, con gran probabilidad, con alguna creencia irracional, el objetivo de la terapia es detectar y cambiar tanto las inferencias erróneas como las creencias dogmáticas y absolutistas que la originan.

Así, una creencia irracional se caracteriza por perseguir una meta personal de modo exigente, absolutista y no flexible. Las tres principales creencias irracionales (creencias primarias) son:

- a) Referente a la meta de Aprobación/Afecto: "tengo que conseguir el afecto o aprobación de las personas importantes para mí"
- b) Referente a la meta de Éxito/Competencia o habilidad personal: "tengo que ser competente (o tener mucho éxito), no cometer errores y conseguir mis objetivos".
- c) Referente a la meta de Bienestar: "tengo que conseguir fácilmente lo que deseo (bienes materiales, emocionales o sociales) y no sufrir por ello"

Partiendo de estas creencias primarias, se derivan otras tres creencias irracionales (creencias secundarias), que constituyen el segundo eslabón cognitivo del proceso irracional de información:

- a) Referente al valor aversivo de la situación: Tremendismo. "esto es horroroso"
- b) Referente a la capacidad para afrontar la situación desagradable: Insoportabilidad. "no puedo soportarlo, no puedo experimentar ningún malestar nunca"
- c) Referente a la valoración de si mismo y de otros a partir del acontecimiento: Condena. "soy/es/son...un X negativo (p.e. inútil, desgraciada...) porque hago/hacen algo indebido."

De esta manera, en un tercer eslabón, la terapia cognitiva mantiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas de pensar concretas y habituales. Esas maneras erróneas reciben el nombre de "distorsiones cognitivas". Las distorsiones cognitivas derivan a su vez de creencias personales o significados subjetivos a menudo aprendidos en la etapa infantil de la vida, que por lo general actúan a nivel "inconsciente" sin que la persona se percate de su papel.

Ellis (1981), hace la diferencia entre la "adquisición" de las creencias irracionales y el "mantenimiento" de las mismas. Con el término adquisición hace referencia a los actores que facilitan su aparición en la vida del sujeto, estos serán:

- a) Tendencia innata de los humanos a la irracionalidad: Los seres humanos tienen en sus cerebros sectores precorticales productos de su evolución como especie que facilitan la aparición de tendencias irracionales en su conducta.
- b) Historia de aprendizaje: Los seres humanos, sobretodo, en la época de socialización infantil, pueden aprender de su experiencia directa o de modelos socio-familiares determinadas creencias irracionales.

También se destaca en este punto que una persona puede haber aprendido creencias y conductas racionales que le hacen tener una actitud preferencial o de deseo ante determinados objetivos, pero debido a sus tendencias innatas puede convertirlas en creencias irracionales o exigencias.

De otro lado con el término mantenimiento, se refiere a los factores que explican la permanencia de las creencias irracionales una vez adquiridas. Se destacan tres factores:

- a) Baja tolerancia a la frustración: La persona, siguiendo sus exigencias de bienestar, practica un hedonismo a corto plazo ("Tengo que estar bien ya!") que le hacen no esforzarse por cambiar ("Debería ser más fácil").
- b) Mecanismos de defensa psicológicos: Derivados de la baja tolerancia a la frustración y de la intolerancia al malestar.
- c) Síntomas secundarios: Derivados también de la baja tolerancia a la frustración y de la intolerancia al malestar. Constituyen problemas secundarios y consisten en "estar perturbados por la perturbación".

Siguiendo con lo anterior, las condiciones bajo las que el sujeto hace las cosas deben estar siempre según su conveniencia, no deben nunca frustrarlo de forma considerable, y además, estas situaciones deben darle exactamente lo que él quiera cuando él quiera. Los principales derivados de estas exigencias son ¡Resulta horrible cuando las condiciones no se adaptan exactamente a como yo quiero que sean! ¡NO puedo soportarlo! ¡Este condenado mundo no tiene nada bueno, por lo asqueroso que es, y nunca seré feliz a menos que algo cambie!

Así, las actitudes de exigencia y necesidad perturbadora, facilitarían las distorsiones cognitivas entre las que destacan:

- Sobregeneralizaciones y etiquetaciones negativas
- Salto a conclusiones negativas
- Adivinar el futuro
- Fijarse en lo negativo
- Descalificar lo negativo
- Magnificar-minimizar
- Razonamiento emocional (“como lo siento así, debe ser cierto”)
- Personalizar (creerte las cosas que pasan, cuando no es así)
- Estafa (“si no hago las cosas tan bien como debería y los demás siguen apreciándome, soy una estafa y pronto se darán cuenta”)

El objetivo de la terapia será detectar y cambiar tanto las evaluaciones erróneas de la realidad (fruto de las distorsiones) como las creencias dogmáticas y absolutistas (exigencias y derivados) que las originan. (Ellis, 1999)

La TRE dice que los cambios mas elegantes y duraderos que pueden producir los individuos son aquellos que incluyen una reestructuración filosófica de creencias irracionales. El cambio a este nivel puede ser específico o general. El cambio filosófico específico significa que los individuos cambian sus exigencias absolutistas irracionales, por unas preferencias relativas racionales en una situación concreta. El cambio filosófico general supone que la persona adopta una actitud no devota hacia acontecimientos vitales en general.

Para efectuar un cambio filosófico tanto a nivel específico como general, se aconseja:

1. Se den cuenta de que ellos crean, en gran medida, sus propias perturbaciones psicológicas y que aunque las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, en general tienen un papel secundario en el proceso del cambio.
2. Reconozcan por completo que ellas tienen la capacidad de cambiar significativamente estas perturbaciones.

3. Comprendan que las alteraciones emocionales y conductuales provienen, la mayoría de las veces de creencias dogmáticas, absolutistas e irracionales.
4. Detecten sus creencias irracionales y las diferencien de sus alternativas racionales.
5. Refuten estas creencias irracionales usando métodos lógico-empíricos de la ciencia.
6. Trabajen para interiorizar sus nuevas creencias racionales, empleando métodos de cambio cognitivos, emotivos y conductuales.
7. Continúen este proceso de enfrentarse a las creencias irracionales y de usar métodos de cambio multimodales para el resto de sus vidas. (Dryden y Ellis, 1989)

### **3.2.1 Requisitos para el tratamiento**

La falta de reconocimiento del problema o la adopción de una actitud soberbia de autosuficiencia, con un aparente dominio de la situación, dificultan la búsqueda de ayuda terapéutica. No es, por ello, infrecuente que no se acuda a la consulta o se haga en condiciones de presión (amenazas de divorcio por parte de la pareja, denuncias judiciales, etc.), con el autoengaño de que esta situación de violencia nunca más se va a volver a repetir. Esta actitud es reflejo de la resistencia al cambio. Si bien el temor a la pérdida de la mujer y de los hijos y la perspectiva de un futuro en soledad, así como el miedo a las repercusiones legales y a una pérdida de poder adquisitivo, pueden actuar como un medicamento, en estos casos no hay una motivación apropiada y el compromiso con el cambio de conducta es escaso y fluctuante (Dutton y Golant, 1997).

Por ello, los tratamientos obligatorios, sin una implicación adecuada del agresor, resultan muy limitados. En concreto, las tasas de éxito en sujetos derivados del juzgado y sometidos obligatoriamente a terapia son muy bajas. En estos casos el maltratador no tiene una motivación genuina para que se produzca un cambio sustancial en su comportamiento (Madina, 1994).

La decisión genuina de acudir a un programa terapéutico se adopta sólo cuando se dan varios requisitos previos: reconocer que existe un problema; darse cuenta de que el sujeto no lo puede resolver por sí solo; y, por último, valorar que el posible cambio va a mejorar el

nivel de bienestar actual. El hombre violento va a estar realmente motivado cuando llega a percatarse de que los inconvenientes de seguir maltratando superan a las ventajas de hacerlo. El terapeuta debe ayudar al agresor a lograr esa atribución correcta de la situación actual y a descubrirle las soluciones a su alcance.

Los agresores domésticos antes de comenzar propiamente con la intervención deben: reconocer la existencia del maltrato y asumir la responsabilidad de la violencia ejercida, así como del daño producido a la mujer; mostrar una motivación mínima para el cambio; y, por último, aceptar los principios básicos del tratamiento, a nivel formal (asistencia a las sesiones, realización de las tareas prescritas, etcétera) y de contenido (compromiso de interrupción total de la violencia). (Echeburúa E, y Fernández Montalvo: 1997)

Retomando lo mencionado en el capítulo 4, un tratamiento para hombres violentos requiere de tres componentes uno cognitivo, uno emocional y uno conductual, la terapia Racional Emotiva provee de estos elementos con técnicas para ayudarle a la persona a resolver sus problemas, buscando revelar su sistema de creencias (actitudes, expectativas y normas de conductas personales) que frecuentemente conducen a la perturbación emocional. También provee de una variedad de métodos para ayudar a la gente a reformular sus creencias disfuncionales hacia otras más sensatas, realistas y útiles empleando el poder de la técnica llamadas de "debate" y ayuda a desarrollar una filosofía y estrategia vital que puede incrementar su efectividad y felicidad para una vida satisfactoria con los demás, en un ambiente más saludable y bienestar personal.

La TRE enfatiza la presencia de las emociones en todos los aspectos de nuestros pensamientos y acciones y propone que cuando las emociones negativas son más intensas como la Ira no solamente nos hace sentirnos infelices, sino que también la habilidad para manejarse en la vida comienza a deteriorarse. Por este motivo, la calidad de nuestros pensamientos cambia y empezamos a tener pensamientos muy personales, sacando las cosas de perspectiva, condenando a los demás por sus errores y generalmente nos hacemos menos tolerantes y llevamos una vida de enfrentamientos y más dificultosa. La TRE ayuda a restaurar el equilibrio emocional en la vida privada proveyendo de métodos para pensar

de forma más realista y un mayor nivel de comprensión sobre nosotros mismos, los demás y el mundo, en general.

Partiendo del modelo ABC, para que aparezca la ira no basta con un suceso desagradable o incluso terrorífico. La mera descripción de la situación no provoca la ira, sino la interpretación o evaluación negativa que hizo sobre ésta (es una imbécil, ella debería ser diferente de como es y no debería sentir o pensar de la forma como lo hace”). Una vez que se produce una interpretación o evaluación del suceso en términos negativos o amenazantes para la propia persona o su ámbito de referencia (familia, amigos, hogar...), a partir de esta evaluación se facilita de forma inmediata la "activación intensa" del organismo y de esta forma la persona puede emitir una conducta violenta.

Asimismo, ayuda a reemplazar las creencias inapropiadas contra la mujer (e.j. “si yo apporto el dinero a la casa, mi mujer debería tener la comida y la cena a punto para cuando yo llegue, y si no es así tengo que golpearla para que me obedezca) por creencias apropiadas y racionales. El método principal para hacer esto como ya se menciono se llama debate de pensamiento. Esto se refiere a que, si nuestros pensamientos son los principales responsables de nuestras emociones negativas inadecuadas, podemos sentirnos mejor si aprendemos a pensar por medio de un método según el cual dichas creencias son consideradas hipótesis cuya validez o invalidez habrá que determinar antes de ser aceptadas o rechazadas. (Ellis, 1982)

Para llevar a cabo lo anterior se presenta el taller “Propuesta en Intervención de Segundo Orden con Terapia Racional Emotiva para hombres que ejercen violencia contra sus parejas” (ver ANEXO)

## **CONCLUSIONES:**

Este trabajo partió de un acercamiento documental al tema de los hombres que ejercen violencia contra sus parejas, abordado desde la cultura de género, la identidad masculina, las diferentes tipologías de hombres violentos importante desde un punto de vista predicativo del riesgo de violencia, y, principalmente desde una perspectiva terapéutica, así como las diferentes alteraciones psicológicas presentadas, tratando de entender el campo de representaciones o ideas que constituyen la manera de pensar de estos hombre. En este trabajo también se mostró que el estudio de los hombres violentos en México se ha desarrollado muy poco, sin embargo, en este país, como en muchas partes del mundo, la violencia ejercida por hombres hacia sus parejas tiene un trasfondo cultural complejo, lo que dificulta la adecuada planeación y ejecución de acciones para su prevención, detección y atención.

Entre las características más importantes de la violencia es que se trata de un fenómeno que trasciende generaciones. De aquí que muchas mujeres y hombres que han sufrido violencia en su infancia la consideran parte inherente a su vida cotidiana, propiciando que la acepten como algo normal, al grado de no reconocerla y de reproducirla, inclusive.

En México el tipo de violencia hacia las mujeres más frecuente es la ejercida por el actual o último esposo o compañero, sin embargo, respecto a los resultados obtenidos sobre los roles de género y derechos de las mujeres, se ha encontrado que en la población de México, persiste la aceptación de roles y estereotipos, “aun en las mujeres”, que obstaculizan el camino para lograr la igualdad de género.

En nuestra cultura hay muchos hombres que piensan que la mujer con la que están casados, o con la que conviven, es suya, les pertenece, igual que si fuera una cosa, un objeto. Y la situación es aún más grave, ya que también hay muchas mujeres hoy día que siguen pensando que pertenecen a sus maridos.

Por ello, aun cuando las mujeres estén informadas y conscientes de que debe existir igualdad de derechos, la realidad es que sigue sin concordar con su vivencia cotidiana, se generan tensiones que pueden detonar en violencia por parte de las parejas, especialmente cuando ellos no tienen habilidades para canalizar la ira de una forma adecuada que faciliten su convivencia en condiciones de respeto.

La violencia se aprende como un modelo social en el cual falta una conciencia social para erradicarla. En la violencia, encontramos un agresor que busca beneficios a costa de la agresión a que somete a la persona agredida; además, en el acto violento, sea este físico o verbal, se fuerza la voluntad de la persona para que haga lo que no quiere hacer.

De acuerdo a lo estudiado en este trabajo, se considera que la violencia es un aprendizaje susceptible de modificación, que los hombres violentos, en tanto puedan hacer a un lado la construcción hegemónica de la masculinidad, más posibilidades tendrán de desaprenderse no sólo la violencia, sino de todas las creencias (los debería) que los alejan de una vida plena, creencias que les impide enfrentar sus propias emociones y aprender de ellas.

La Terapia Racional Emotiva como intervención en segundo orden se uso para la propuesta de este trabajo, porque es una terapia práctica y confrontativa, con método directivo, para la superación de problemas y desarrollo personal. La TRE se centra sobre todo en el presente; en las actitudes que se mantienen en la actualidad, en las emociones negativas inapropiadas y en conductas desadaptadas que pueden sabotear una experiencia vital plena. Es muy importante destacar que es una técnica de intervención competente para llevarla a cabo como terapia breve. Así; aunque no se pueda cambiar el pasado, si se puede cambiar la manera como dejamos que nos inflencie nuestra forma de pensar hoy y lo que se quiere ser en el futuro. Lo que hace el tiempo una vez terminado el tratamiento, es fomentar en la persona la utilización de nuevas habilidades aprendidas y consolidadas, es decir, se fomenta su autonomía. Es notablemente diferente a los métodos más tradicionales, ya que dedica poca atención a las experiencias infantiles, sexualidad infantil, inconsciente etc.

Su meta es cambiar las ideas irracionales centrales que se han usado durante toda la vida, practicando, viviendo y sintiendo. Para mucha gente, es complicado que el trasfondo

emocional siga a lo que sus cabezas saben. Aprender nuevas maneras de pensar y nuevas creencias se puede comparar con un carro de caballos que ha tenido el mismo conductor y caballos durante años. El caballo sabe donde ir sin tener que ser conducido por el cochero. Una vez que cambias el conductor (nuevas maneras de pensar), el caballo todavía tiende a ir en la misma dirección (viejas emociones y conductas), pero el cochero tiene que forzar las riendas para producir un cambio de dirección (nuevas emociones y conductas). El aspecto positivo de la tensión que puedes experimentar usando la TRE es que demuestra a la persona que estas aprendiendo nuevas maneras de sentir y comportarse y que está tomando un cambio en la dirección de su propia vida.

La Terapia Racional Emotiva, busca ayudarles a los hombres que ejercen violencia a revelar su sistema de creencias (actitudes, expectativas y normas de conductas personales) que se sustentan en filosofías y/o ideas irracionales sobre la mujer, que frecuentemente conducen a la perturbación emocional.

La necesidad de seguir trabajando para construir una sociedad que ofrezca más modelos igualitarios y donde, además, se ofrezca a los chicos y chicas una formación específica sobre nuevos significados de ser hombre y el ser mujer y muy importante también, sobre la violencia como solución de problemas y adquisición de poder por medio del sometimiento del considerado débil, que permita reducir tanto el sexismo como las actitudes tolerantes hacia cualquier forma de violencia y, de este modo, contribuir a su prevención o mejor aun, su erradicación, continua.

***ANEXO***

## **TALLER:**

### **PROPUESTA EN INTERVENCIÓN EN CRISIS DE SEGUNDO ORDEN CON TERAPIA RACIONAL EMOTIVA**

#### **Sesión 1**

#### **Objetivos:**

1. Hacer contacto psicológico: hacer sentir al paciente aceptación y disposición al apoyo
2. Examinar las dimensiones del problema: investigar sobre el funcionamiento CASIC
3. Información educativa sobre la violencia
4. Establecer el numero de sesiones

Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y en la confidencialidad, así como crear un clima exento de juicios moralizantes, sobre su situación real y sobre los riesgos de su conducta. Asimismo hay que persuadir al sujeto de las ventajas de un cambio de comportamiento: sentirse mejor, aprender a controlar sus emociones, establecer relaciones de pareja adecuadas, mejorar su autoestima y valoración social, etcétera.

También es preferible eludir el término maltratador o agresor cuando el terapeuta se dirige al sujeto, debido a las connotaciones semánticas tan negativas que contiene este término. Además hay que crear un contexto terapéutico que fomente la responsabilidad del maltrato, más que la culpabilidad.

Es importante establecer el número de sesiones que en este caso por ser terapia breve serán 5, y, por último, generar expectativas de cambio realistas en el sujeto. Eliminar la ira por

completo no es un objetivo alcanzable, pero sí lo es, en cambio, mantenerla bajo control y canalizarlos de una forma adecuada.

En esta etapa se maneja la psicoeducación con el paciente, ya que mostrar empatía con las víctimas de maltrato y, en especial, con su pareja es de suma importancia porque supone que la persona es consciente del dolor generado por los comportamientos violentos.

## **Sesión 2**

### **Objetivo: identificar el comienzo de la ira**

#### **Pasos a seguir en el tratamiento.**

- a) Identificar qué tipo de sucesos o de situaciones es más fácil que provoquen las conductas de ira (o asociadas a la ira).
- b) Identificar cuales son las conductas de ira, o asociadas a la ira, que suele llevar a cabo. Más en concreto, identificar que tipo de pensamientos, de activación fisiológica y de conductas motoras son las que suelen aparecer cuando están dominados por la ira.
- c) Aprender estrategias para controlar esas conductas de ira, en especial cuando se presentan los sucesos o las situaciones que más frecuentemente las provocan, y sustituirlas por conductas más adecuadas.

Para identificar las situaciones que provocan la ira es conveniente rellenar un autoregistro, que nos permita identificar que eventos nos provocan las apariciones de la ira y cuales son las respuestas en esas ocasiones.

1. Identificar las primeras conductas que aparecen justo cuando comienza a aparecer la ira, tratando de identificar el comienzo de los cambios fisiológicos típicos, una señal evidente de que empieza a aparecer la ira.
    - Parar al menos 1 minuto para dedicarse a constatar conscientemente que comienza a aparecer la ira.
    - Decirse a sí mismo (en voz alta o en silencio): “estas empezando a aparecer la ira”. O una frase que le señale que comienza a enfurecerse.
    - Identificar los distintos factores que están facilitando la aparición de la ira:
      - a) Suceso o situación que inicia el proceso
      - b) Conductas, en especial los pensamientos o interpretaciones del suceso que hace. También las conductas motoras que realiza o que desearía realizar.
- Por un lado ayuda a identificar conscientemente lo que otras veces sólo se hace de forma automática. Por otro lado, le permitirá una precisión mayor en los factores (en especial conductas) que facilitan la aparición de la ira, de forma que pueda establecer con más exactitud las conductas que debe controlar en esas situaciones, bien porque pueden causar problemas o simplemente porque resultan inútiles y desadaptativas.

### **Sesión 3**

**Objetivo: Señalar aquellas conductas motoras, cognitivas y fisiológicas a modificar.**

No deben fijarse más de dos conductas a modificar cada vez. Como estrategia general, se comenzara por modificar aquellas conductas que resulten más problemáticas. Una estrategia alternativa es comenzar a cambiar aquellas conductas que sean más fáciles cambiar, para ir progresando a las más difíciles. No obstante, es aconsejable tratar de cambiar inicialmente las interpretaciones de los sucesos, pues tiene un valor muy

importante para el desarrollo de los otros dos tipos de conductas: activación fisiológica y conductas motoras.

### **Técnicas:**

Control de pensamientos e interpretaciones que provocan las respuestas de ira: Técnica de Detención del Pensamiento.

1. Establecer las características más habituales de estos pensamientos:
  - Son pensamientos no razonados (irracionales)
  - No son cuestionados
  - Son muy breves y presentan mensajes muy específicos a partir del suceso
  - Suelen ser muy negativos
  - Son pensamientos aprendidos
  - Son difíciles de identificar y de controlar
2. Control de respuestas fisiológicas: Respiración

### **Sesión 4**

**Objetivo: identificar las creencias irracionales que le producen las emociones ira y conductas de violencia.**

Detectar a través del relato del paciente sus creencias irracionales, principalmente: exigencias (deberías); catastrofismo (es terrible); el no soporto y condena u autocondena.

Explicar como ayuda el esquema ABC y como trabajar en los problemas sobre los problemas, que son, las ideas irracionales sobre los problemas principales.

## Sesión 5

**Objetivo: Crear nuevas ideas o filosofías racionales y actuar en contra de las ideas irracionales.**

En esta etapa nos podemos ayudar de un autoregistro

A Situación	B Pensamientos irracionales	C Consecuencias irracionales y conductuales	D Pensamientos racionales realistas- adaptativos	C Consecuencias emocionales y conductuales

Trabajar en un sólo problema hasta resolverlo, en este caso, centrarnos concretamente en la agresividad-ira contra la pareja.

- Considerar sus ideas como hipótesis a comprobar
- Valorar las nuevas ideas beneficiosas-racionales
- Trabajar para abandonar las viejas creencias irracionales y adherirse a las nuevas creencias racionales.

## BIBLIOGRAFIA

1. Badinter, E. (1993) La identidad masculina. Ed. Alianza. Madrid
2. Barrios, D. (2003) Resignificar lo masculino. Ed. Vila. México
3. Careaga, P. G. (2002). La perspectiva de género Conceptos básicos, Centro de Cooperación Regional para la Educación de Adultos en América Latina y el Caribe CREFAL. México
4. Cantón, B. (2003). La importancia del factor género en la violencia contra la mujer: un enfoque psicológica y social. Colegio Oficial de Abogados. Sevilla
5. Corsi, J. (1995). Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
6. Díaz-Guerrero, R. (1972). Hacia una teoría histórico-bio-psico-socio-cultural del comportamiento. Ed. Trillas. México
7. Díaz-Guerrero, R. (2003). Bajo las garras de la Cultura. Ed. Trillas. México
8. Diplomado (2007) Formación Integral de Orientadores y Orientadoras en la Atención Clínica en casos de violencia familiar. Tech Palewi
9. Dryden, W., Ellis, A. (1989) Practica de la terapia racional emotiva. Biblioteca de Psicología Desclée de Broker. España
10. Dutton, D.G. y Golant, S.K. (1997). El golpeador. Un perfil psicológico. Ed. Paidós Buenos Aires.
11. Díaz-Loving, R., Rivera, A. y Sánchez, A. (2001). Rasgos instrumentales (masculinos) y expresivos (femeninos) normativos (típicos e ideales) en México. Revista Latinoamericana de Psicología.
12. Echeburúa, E. y Corral, P. (1998) Manual de violencia familiar. Ed. Siglo XXI. Madrid.
13. Echeburúa, E. y Corral, P. (2002): Violencia en la pareja. Tratado de psicología forense. Ed. Siglo XXI. Madrid.
14. Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1997): Tratamiento cognitivo-conductual de hombres violentos en el hogar: un estudio piloto. Análisis y Modificación de Conducta. Ed. Siglo XXI. Madrid
15. Ellis, A, y Grier R (1981) Manual de terapia racional emotiva. Bilbao. Ed. Desclée de brouwer.

16. Ellis, A. (1999) Una terapia breve más profunda y duradera. Enfoque teórico de la Terapia Racional Emotiva Conductual. Ed. Paidós Ibérica, S.A. Barcelona
17. Erikson, E. H. (1968). El ciclo vital humano en: Un modo de ver las cosas. Escritos selectos de 1930 a 1980. Stephen Schlein (comp). Ed. Fondo de Cultura Económica. México
18. Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo: Análisis y Modificación de Conducta. Ed. Siglo XXI. Madrid.
19. Holtzworth-Monroe, A. y Stuart, G. L. (1994). Typologies of male batterers: three subtypes and the differences among them. Psychological Bulletin, 116,476,497
20. INEGI-INMUJERES. (2006) Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares (ENDIREH). México
21. Jacobson, N. y Gottman, J. (2001). Hombres que agreden a sus mujeres: cómo poner fin a las relaciones abusivas. Ed. Paidós. Barcelona
22. Madina, J. (1994) Perfil psicosocial y tratamiento del hombre violento con su pareja en el hogar. Ed. Pirámide. Madrid.
23. Manual de Psicoterapia Intensiva. (1997). El proceso terapéutico. Centro de Intervención en Crisis. Guadalajara.
24. Moos, R. H. (1976). More Help For Emotionally Troubled Employees. Business Week. Vol. 12
25. OMS (2005). El primer estudio sobre la violencia doméstica. OMS. Ginebra.
26. Rimm, D; C y Masters, J; C. (1984) Terapia de la conducta. Ed. Trillas. México
27. Rocha, S. T. (2000). Roles De Género en los Adolescentes y Rasgos de Masculinidad- Feminidad. México: Facultad de Psicología, UNAM Tesis de Licenciatura.
28. Rogers, C. (1961). El proceso de convertirse en persona. Ed. Paidós. Buenos Aires.
29. Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2000) Violencia en la pareja. Ed. Aljibe. Málaga.
30. Slaikeu, Kart A. (1988). Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Ed. Manual Moderno. México
31. Tobeña, A. (2001) Anatomía de la agresividad humana. Ed. Galaxia Gutenberg. Barcelona

32. Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999). Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres. Ed. Alianza Madrid